

La forme tumorale de la Tuberculose

péritonéale

chez l'Enfant et l'Adolescent

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le samedi 4 mars 1933

PAB

Mademoiselle Isaure ROCHE

Née à Sorgues-sur-Ouvèze (Vaucluse), le 6 octobre 1905

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

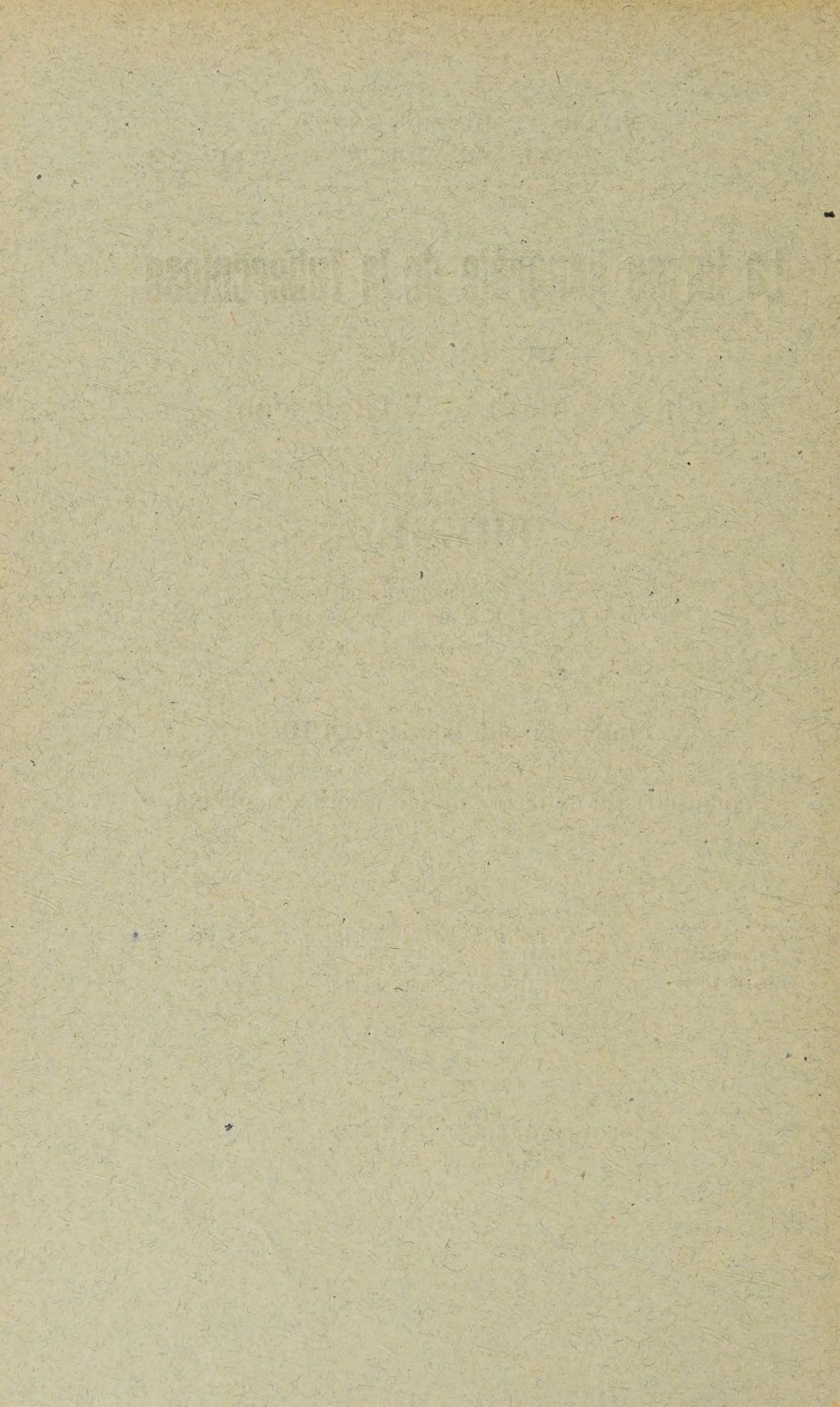
Examineurs
de la thèse

MM. ETIENNE, prof., *président*.
GAUSSEL, professeur.
RICHE, professeur.
AIMES, professeur agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
1, Rue Jardin-Martel, 1

1933



LA FORME TUMORALE DE LA TUBERCULOSE
PERITONEALE
CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

La forme tumorale de la Tuberculose péritonéale chez l'Enfant et l'Adolescent

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le samedi 4 mars 1932

PAB

Mademoiselle Isaure ROCHE

Née à Sorgues-sur-Ouvèze (Vaucluse), le 6 octobre 1905

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MMI ETIENNE, prof., *président*,
GAUSSEL, professeur,
RICHE, professeur,
AIMES, professeur agrégé.

Asseseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

1, Rue Jardin-Martel, 1

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

	MM.
Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	E. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Physiologie (Ch. de c.)	L. HEDON
Matière médicale (ch. de c.)	CABANNES
Radiologie	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de cours complémentaires

	MM.
Anatomie	LAUX
Histologie	GRANEL
Physiologie	L. HEDON, Prof.
Pathologie expérimentale	PAGES
Matière médicale	CABANNES, prof.
Pathologie Médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Minique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL
Médecine ...	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON

Examineurs de la thèse

MM. ETIENNE, prof., président. | MM. GAUSSEL, professeur.
RICHE, professeur. | AIMES, professeur agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible expression de mon affection
filiale et de mes sentiments de reconnaissance.*

A MON FRÈRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CHIMIE BIOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MA BELLE-SŒUR

DOCTEUR EN MÉDECINE, LICENCIÉE ÈS SCIENCES

A MA SŒUR

I. R.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

I. R.

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE MONTPELLIER

I. R.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Pendant nos cinq années d'études médicales, nous avons souvent ressenti et nous n'avons pu exprimer, des sentiments de reconnaissance et de respectueuse affection pour les maîtres de cette Faculté, surtout pour ceux que les circonstances nous ont fait plus particulièrement connaître et par suite apprécier davantage. Aussi est-ce aujourd'hui avec sincérité et plaisir que nous exprimons quelques-uns de ces sentiments.

Nous nous adressons tout d'abord à ceux qui par leur présence dans notre jury de thèse, nous donnent immédiatement une preuve de leur bienveillance à notre égard :

Monsieur le Professeur Etienne a bien voulu nous indiquer notre sujet; il nous a guidée avec beaucoup de bonté et de patience, il nous a tracé avec clarté les grandes lignes de la thèse que nous soutenons aujourd'hui. Nous l'en remercions vivement.

Monsieur le Professeur Riche, dont nous avons été l'externe dans le service de gynécologie a toujours encouragé nos efforts de travail; auprès de lui, nous avons appris la nécessité d'allier les connaissances scientifiques et les solides qualités de patience, pour arriver à un but. Aujourd'hui, nous donnant par là une nouvelle marque de l'intérêt qu'il nous porte, il a accepté de faire partie de ce jury.

De toute cette bienveillance, nous le remercions sincèrement.

Monsieur le Professeur Gaussel a bien voulu également faire partie du jury de notre thèse. Nous le remercions de cette preuve de l'intérêt qu'il nous porte, en même temps que de l'enseignement qu'il nous a donné dans notre dernière année d'études.

Monsieur le Professeur Aimes, en siégeant aujourd'hui, ajoute une nouvelle marque de sympathie à toutes celles qu'il nous a antérieurement données, et dont nous sentons toute la valeur. Nous n'oublierons pas, et nous évoquerons volontiers, les soirées des conférences d'internat où nous avons appris à connaître son enseignement clair et précis, et sa bonté généreuse et profonde. Récemment encore, l'accueil qu'il nous a fait au Sanatorium de Saint-Pierre à Palavas, a été une nouvelle marque de sa sollicitude; et c'est une nouvelle raison, qui s'ajoute à tant d'autres, pour que nous le remercions ici, et lui disions que notre reconnaissance est profonde et sincère.

Si nous jetons un regard en arrière, nous devons encore remercier ceux chez qui nous avons eu la bonne fortune de faire nos années d'externat.

C'est dans le service de chirurgie générale de Monsieur le Professeur Estor que nous avons pris nos premiers contacts avec les malades. Nous n'oublions pas les leçons d'inlassable bonté et de dévouement constant qu'il nous a données par son exemple, et nous lui en sommes profondément reconnaissante.

Les six mois d'externe passés dans le service de Monsieur le Professeur Rimbaud nous sont un souvenir précieux à bien des titres; nous y avons reçu un enseignement solide, méthodique et sûr, en même temps que des marques de bienveillance que nous n'oublierons pas. Nous sommes

heureuse aujourd'hui de pouvoir lui dire notre reconnaissance sincère.

Nous tenons à exprimer ici, à Monsieur le Docteur Vidal, auquel nous devons les leçons précieuses des conférences d'internat, nos sentiments de reconnaissance et de respectueux attachement.

Enfin, nous ne saurions quitter notre vie d'étudiante sans dire à nos camarades que ce n'est pas sans regret que nous cessons nos bonnes relations amicales. Qu'ils sachent que la sympathie que nous avons pour eux ne cessera pas avec nos études, et que nous nous souviendrons longtemps.

PREAMBULE

Tout a été écrit et est devenu classique au sujet de la grande péritonite tuberculeuse généralisée, dans ses trois modalités cliniques: L'ascite des jeunes filles, la forme fibro-caséuse et la forme plastique.

Au contraire, en parcourant la littérature médico-chirurgicale, on est étonné de la pauvreté des travaux et des observations concernant les formes localisées de la péritonite tuberculeuse. Non seulement, ces formes ne sont pas devenues classiques, et nos manuels les passent complètement sous silence, mais encore, les travaux spéciaux qui les concernent, nous redisent sans cesse à quel point l'investigation habituelle de la clinique est souvent impuissante à poser un diagnostic exact. Au lieu du diagnostic: péritonite partielle en un point de l'abdomen ou du bassin, l'étiquette primitivement donnée est suivant le cas: ulcère de l'estomac, syndromes dyspeptiques divers, lithiasse biliaire, entérite, sigmoïdite, cancer du côlon, tumeur pelvienne, etc. Tant il est vrai que le péritoine enflammé, outre sa symptomatologie personnelle, souvent fruste, emprunte la majorité de ses manifestations cliniques à l'organe qui lui est sous jacent et qui souffre avec lui.

Parmi les formes de tuberculose péritonéale locale, il en est une au sujet de laquelle les auteurs sont tout à fait muets: nous voulons parler de la forme dite tumorale dont

Monsieur le Professeur Etienne nous a fait observer un cas intéressant dans son service de chirurgie infantile des cliniques Saint-Eloi. Les recherches bibliographiques faites au sujet de cette observation nous permettent de dire que chez l'enfant, cette forme tumorale n'a pas été étudiée spécialement; et que les observations rares publiées de ces tumeurs de nature tuberculeuse dans le jeune âge, sont assez éloignées dans leurs manifestations cliniques, du cas que nous avons observé. Nous voudrions essayer, dans notre thèse, d'attirer l'attention sur ce cas peu commun, et de souligner, non seulement ses caractères anatomo-cliniques, mais encore et surtout les difficultés de diagnostic qu'il soulève. Ces difficultés sont telles, en effet, disons-le dès maintenant, que malgré la persistance et la chronicité de la tumeur qui permettent les longs examens cliniques et les discussions diagnostiques au lit du malade, elles ne peuvent toujours être résolues, en dépit de l'aide précieuse des examens radioscopiques en séries, et des diverses méthodes de laboratoire. Nous verrons que la laparotomie seule, parfois l'examen histologique seul, peut-être même seule l'inoculation expérimentale au cobaye, peuvent trancher la question de nature de cette tumeur.

Chez l'adulte, les formes tumorales de la péritonite tuberculeuse sont un peu plus fréquentes et c'est surtout à leur sujet que des travaux ont été publiés. Nous les rappellerons brièvement : les tumeurs pelviennes, les plus fréquentes à cause de leur point de départ génital chez la femme, sont d'abord étudiées.

Déjà, en 1855, Bernitz et Goupil, en 1856, la thèse de Brouardel les signalent en mettant en lumière toutes les formes anatomo-cliniques que peut revêtir la tuberculose pelvienne. Talamon apporte des cas personnels sur la pelvi-

péritonite chronique dans une communication du bulletin de la Société anatomique (1878).

Les laparotomies systématiques à la suite de 1880, les thèses de Maurange (1889), de Pic de Lyon (1890), de Rosal (1893), donnent des descriptions exactes des tumeurs bacillaires du péritoine abdominal.

Ce sont les travaux de Lauper en 1898, qui avec la statistique de Kocher, publient des cas de grosses tumeurs abdominales bien localisées et qui sont manifestement d'origine tuberculeuse. Nous trouvons aussi des cas intéressants dans le travail du Professeur Gelpke, de Bâle, en 1907. La même année la thèse de Merry (Thèse de Paris n° 174) est consacrée en partie à l'étude des formes tumorales de la péritonite tuberculeuse localisée. Il signale en particulier un cas rare: une épiploïte tuberculeuse sous-hépatique prise pour une tumeur du foie.

Il semble que pendant une dizaine d'années (de 1908 à 1918), presque aucun travail n'ait été fait sur ce sujet; à partir de 1918, des études d'ensemble très approfondies, réalisées surtout par l'école lyonnaise, ont mis au point les péritonites tuberculeuses localisées en général et ont bien classé parmi elles « ces tuberculomes abdominaux », ces « tumeurs à plastron ». Monsieur le Professeur Savy, s'inspirant des travaux de MM. Tripier et Paviot, et s'aidant d'observations personnelles, a contribué beaucoup à faire connaître ces tumeurs bacillaires à point de départ péritonéal.

On peut donc dire que, ces formes de tumeurs, sont assez bien connues chez l'adulte, bien qu'elles soient loin d'être classiques. Nous allons essayer de les étudier chez l'enfant et chez l'adolescent et pour faire ce travail, nous adoptons la marche suivante:

1° Les observations de péritonite tuberculeuse à forme

tumorale chez l'enfant: nous étudierons tout d'abord en détail, notre observation personnelle, que nous ferons suivre des rares observations de même ordre recueillies dans la littérature médicale, et que nous rapportons à titre documentaire.

2° L'étude clinique.

3° L'étude anatomique.

4° Un bref aperçu pathogénique.

5° Le diagnostic.

6° Une conclusion thérapeutique.

LES OBSERVATIONS

1^o Observation prise dans le service de chirurgie infantile de Monsieur le Professeur Etienne, aux Cliniques St-Eloi.

(Publiée par MM. Etienne, Lapeyrie et Cadéras, à la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen, le 20 mai 1932).

G... Henriette, âgée de 10 ans et demi, entre au service de chirurgie infantile avec le diagnostic de « péritonite ».

Le début de la maladie actuelle a passé à peu près inaperçu: L'enfant depuis un an, souffrait légèrement entre les repas mais avait conservé un bon appétit et n'avait jamais vomi. Devant la persistance de ses douleurs abdominales diffuses, on pense à une atteinte péritonéale et l'enfant est envoyée à Lacône pour y faire un séjour dans un sanatorium. Au cours de ce séjour, les douleurs abdominales ont cessé et l'enfant paraissait cliniquement guérie. A sa rentrée chez elle, le médecin de la famille appelé trouve la tumeur et envoie l'enfant à l'hôpital avec le diagnostic de « péritonite » basé sur la phase prétumorale de la maladie.

Les antécédents de cette enfant sont presque nuls: Elle n'a pas d'antécédents bacillaires héréditaires, et personnellement, elle a toujours été bien portante, à l'exception d'une

chorée qu'elle a eu à l'âge de cinq ans, et qui a été guérie par un traitement arsenical intensif.

L'examen clinique fait, dès son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 3 septembre 1931, nous montre deux signes essentiels dominants: Un signe fonctionnel: l'asthénie; et un signe physique: la tumeur abdominale.

1° L'asthénie est considérable: l'enfant évidemment reste couchée toute la journée; lors du second examen radioscopique, non seulement, il a fallu porter l'enfant sur un brancard dans la salle d'examens radiologiques, mais de plus il a fallu la soutenir, sous les deux aisselles, solidement, pendant la phase brève d'examen radioscopique en position debout (ingestion de baryte).

A cette asthénie, se joignaient deux autres signes: l'innapétence et la température légèrement fébrile qui oscillait entre 38° le matin et 38°5 le soir.

2° La tumeur abdominale pouvait être soupçonnée dès l'inspection de l'abdomen ballonné, saillant au niveau de la région périombilicale, avec sa cicatrice ombilicale dépliée. A la palpation, on ne constate aucun point douloureux, mais la présence d'une grosse masse tumorale. La tumeur ne descend pas jusqu'au pubis: sa limite supérieure se trouve à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic; à droite, elle est séparée du rebord chondro-costal par un intervalle de trois travers de doigts environ; à gauche, la tumeur remonte sous le rebord chondro-costal et disparaît dans l'hypochondre gauche. Sa consistance est dure au-dessus de l'ombilic; au-dessous, elle est rénitente et peut-être kystique. On a du contact lombaire à droite et à gauche. A la percussion, la masse tumorale est mate dans sa moitié inférieure et gauche, submate dans sa moitié supérieure, et sonore dans sa partie droite; il ne paraît pas y avoir d'ascite.

La rate n'est pas perceptible; le foie ne paraît pas augmenté de volume. La tumeur est perçue au toucher rectal. Elle est recto-vésicale et pré-rectale.

L'existence de cette volumineuse tumeur dans l'abdomen, sur la nature de laquelle, il était impossible d'être affirmatif, n'était accompagnée d'aucun trouble digestif.

De plus, l'examen général ne révélait aucun symptôme pathologique, soit du côté de l'appareil pleuro-pulmonaire, soit au point de vue méningé.

Douze jours après son entrée à l'hôpital, il a paru se faire quelque changement dans la position de la tumeur, qui semble s'être dégagée de la profondeur dans la région de l'hypochondre gauche; on a l'impression que l'on pourrait passer sous la tumeur. Mais toujours les signes fonctionnels digestifs font absolument défaut.

Les diverses méthodes de laboratoire ont été mises en œuvre dès le début du séjour à l'hôpital de cette enfant. Voici quels ont été les résultats:

1° Les réactions d'Hetch-Bauer, de Bordet-Wassermann sont négatives.

2° La réaction de Weinberg est négative.

3° L'examen du sang fait le 10 septembre 1931, indique la formule suivante :

Globules rouges: 4.000.000.

Globules blancs: 9.000.

Polynucléaires neutrophiles: 54 %.

Polynucléaires éosinophiles: 3 %.

Lymphocytes et moyens mononucléaires: 43 %.

Valeur globulaire: 0,9.

4° Une analyse d'urines faite le 15 septembre 1931, montre un dépôt abondant de leucocytes altérés et de cristaux d'oxalathe de chaux.

5° Un traitement d'épreuve antisypilitique est décidé, le

19 septembre 1931, et est tout de suite commencé avec de l'acétylarsan et du cyanure de mercure. Sous son influence, l'état général s'améliore d'une façon très nette. A tel point qu'à l'examen radioscopique du 29 octobre, l'enfant va à pied à la salle de radiologie. Mais l'abdomen reste dans le même état.

Les examens radioscopiques successifs, faits en présence de M. Etienne, ont donné les résultats suivants:

— Premier examen fait le 7 septembre 1931 après lavement opaque: « Le lavement opaque ne montre aucune lésion au niveau du cadre colique. La baryte chemine régulièrement dans chaque segment et arrive au cœcum. L'ensemble se remplit bien; les contours sont nets et réguliers. Toutefois, au bout d'un certain temps, il ne reste plus de baryte dans le côlon transverse qui paraît comprimé. Les côlons ascendant et descendant sont alors dilatés ».

— Deuxième examen fait le 4 octobre après ingestion de bouillie barytée. L'estomac est refoulé vers en haut, et la grande courbure est nettement au-dessus de la tumeur; il est mobile et se vide normalement. La deuxième portion du duodénum est refoulée à droite et lorsque la bouillie barytée arrive un peu au-dessus du point de jonction entre la deuxième et la troisième portion du duodénum, elle marque un temps d'arrêt assez bref, puis continue son chemin, sans difficultés, semble-t-il. De même, il n'y a pas de troubles de transit dans l'intestin grêle.

— Troisième examen fait le 29 octobre 1931 après lavement opaque: « Le lavement opaque pénètre dans l'ampoule rectale, pénètre l'S iliaque, le côlon iliopelvien, le côlon descendant et l'angle splénique qui paraissent normaux; mais la traversée du côlon transverse se fait difficilement: la bouillie opaque passe par saccades, comme si le côlon était comprimé en masse; elle s'y engage après un temps

d'arrêt, le parcourt rapidement, puis s'arrête en amont de l'angle hépatique. L'angle hépatique et le côlon ascendant se dessinent nettement; ils sont dilatés. A la palpation sous l'écran, on perçoit la bordure supérieure de la tumeur en bordure du côlon transverse qui est superficiel et qu'on vide de son contenu par la pression manuelle. La pression trans-pariétale exercée sur les côlons ascendant et descendant à travers la paroi abdominale antérieure, ne modifie pas leur image radioscopique. Par contre, une pression forte, exercée à travers la paroi lombaire, les vide de leur contenu. On peut en conclure que les côlons ascendant et descendant sont situés en arrière de la tumeur. En somme la tumeur est située au-dessous du côlon transverse, en avant des côlons ascendant et descendant, elle est vraisemblablement épiploïque. »

C'est en effet, au diagnostic d'épiploïte que se range Monsieur le Professeur Etienne; mais la nature de l'épiploïte reste encore douteuse, les diverses réactions ayant été négatives et le traitement d'épreuve anti-syphilitique n'ayant amélioré que l'état général, sans apporter aucune modification locale.

Comme l'état général est bon, on décide alors une *laparotomie exploratrice* que l'on pratique sous anesthésie générale à l'éther: A travers une petite boutonnière sus et sous-ombilicale, on constate la présence d'une péritonite avec des adhérences à la paroi et aux plans profonds. A cause de la faible hauteur de l'incision abdominale, on ne peut délimiter par la palpation directe les bords droit et gauche de la tumeur, mais la limite supérieure est nettement perçue à distance du foie facilement repérable. Cette masse de péritonite adhésive était surtout marquée au niveau du grand épiploon, mais il y avait des granulations multiples disséminées dont on prélève l'une d'elles.

À l'examen histologique, les granulations représentent bien des nodules inflammatoires constitués par l'agglomération de plusieurs follicules de Köster. Les cellules géantes abondent ainsi que les foyers de caséification.

Les suites opératoires sont simples; on institue alors un traitement héliothérapique, puis des séances de rayons ultra-violets du 29 décembre 1931 au 18 janvier 1932.

Six mois après, l'état général est bon, mais l'enfant se fatigue assez vite, et n'a pas beaucoup d'entrain au jeu. L'abdomen est un peu plus souple, la masse tumorale un peu moins nette dans ses contours, mais de volume sensiblement égal. L'enfant sort alors de l'hôpital, et va faire un nouveau séjour dans un sanatorium.

L'enfant entre de nouveau dans le service au début de décembre 1932, et est *porteur d'une fistule stercorale* qui date déjà de plusieurs mois. L'examen clinique de cette enfant ne révèle aucun signe fonctionnel digestif : elle ne vomit pas, elle a une selle journalière régulière, et elle a, dit-elle, bon appétit. Mais elle ressent par intermittence des douleurs abdominales, qu'elle compare à des coliques, et qui coïncident avec une issue de matières par la fistule. De plus elle se plaint de tousser depuis un mois environ. L'examen objectif de l'abdomen nous montre l'existence d'une fistule, siégeant sur la ligne blanche, à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette fistule se trouve à la partie inférieure et au point le plus déclive d'une surface ulcérée, ovalaire, de deux centimètres de long sur un centimètre de large environ. L'ulcération est de couleur rosée uniforme, son fond est lisse, ses bords sont plus pâles et décollés. De la fistule, sort journellement une assez grande quantité de pus, et de temps en temps (un jour sur trois environ) une petite quantité de matières fécales. Le reste de l'abdomen est dur, cartonné, empaté, mais n'est pas ballonné.

Un examen radiologique pratiqué le 5 décembre 1932 a donné la réponse suivante: « Dix heures après une première ingestion barytée, (qui avait été colorée au bleu de méthylène pour faciliter l'examen), la tête de la colonne opaque arrive au sigmoïde dans les délais exactement normaux. La fistule, par où ne sort aucune parcelle de liquide opaque, correspond topographiquement à un amas d'anses grêles très difficilement dissociables, le transverse paraissant passer largement au-dessus. On ne peut apporter aucune autre précision. »

L'examen clinique général montre l'existence d'un foyer pulmonaire siégeant dans la moitié inférieure du poumon droit et caractérisé par de nombreux râles humides. De plus l'enfant se plaint de souffrir fréquemment et facilement de céphalées.

Nous sommes en présence de la généralisation de la tuberculose, qui est restée strictement péritonéale pendant trois ans environ. Actuellement, l'enfant a sans doute de la bacillémie. Son état général est franchement mauvais, l'amaigrissement est très marqué depuis un mois, la température oscille entre 38°5 et 39° chaque jour. Nous pensons malheureusement que l'issue sera assez rapidement fatale.

2° Observations de péritonite tuberculeuse à forme tumorale chez l'enfant, recueillies dans la thèse de MERRY.

A. — *Péritonite tuberculeuse localisée prise pour un sarcome de l'ovaire. — Laparotomie. — Guérison.*

B... Y., 15 ans et demi.

Antécédents: Sa grand'mère maternelle est morte de phtisie.

Tous les autres parents sont bien portants.

Depuis cinq ou six mois, souffre de vomissements, surtout la nuit, vomissements jaune brunâtres, sans parcelles alimentaires, ni sang. Selles toujours régulières. Au mois d'octobre 1898, crise de douleurs gastriques. Depuis lors elle souffre presque toujours. Elle a maigri de six kilogs en quatre semaines. Réglée depuis le mois de mai, faiblement, mais régulièrement.

Etat actuel: Etat général assez bon. Malade un peu délicate. Rien aux poumons, ni au cœur. L'abdomen au-dessous de l'ombilic, est sensiblement augmenté de volume et soulevé par une tumeur assez nette qui, de l'ombilic, aboutit derrière la symphyse. Elle vient, de même, jusqu'au niveau du rectum où on la sent. Elle se trouve absolument immobilisée de ce côté, peu sensible à la pression.

De consistance élastique partout semblable, elle est bien facile à sentir au niveau du dôme vaginal. Le col mou est tourné directement en bas; l'utérus, un peu mobile est en antéflexion. La tumeur se laisse déplacer par en haut; elle est régulière et molle. On peut la suivre à deux travers de doigts au-delà de l'ombilic.

Diagnostic: Sarcome de l'ovaire, avec réserves de péritonite tuberculeuse.

Opération le 5 janvier 1899: Laparotomie médiane de la symphyse à l'ombilic. On tombe sur une grosse masse accolée à des anses intestinales. Elle se laisse décoller de place en place vers la droite et jusqu'au bas. On peut décortiquer une membrane bien isolée, et on tombe sur une grosse masse d'anses grêles accolées. Il n'y a ni tubercules, ni dépôts caséeux, ni ganglions. C'est cependant vraisemblablement une péritonite adhésive de nature tuberculeuse. Les intestins sont libérés de leurs adhérences.

Evolution: Pendant les premiers jours, la malade vomit quelques matières fécales et a un peu de fièvre. La plaie

guérit très bien par première intention. Les vomissements cessent bientôt et un lavement provoque une selle.

Quand on retire le pansement, plus rien d'anormal à la palpation, ni à la percussion. Le ventre est encore très légèrement gonflé. Urines et selles normales. L'examen histologique d'un fragment prélevé est positif en faveur de la tuberculose.

Revue le 18 février: Elle a changé d'aspect; l'abdomen est plat, le ventre est dépressible. Seule, à droite de l'ombilic est encore une petite sensation de résistance. Autour de l'utérus, les tissus sont redevenus mous.

Revue le 3 janvier 1901: En bon état; appétit excellent, poids du corps augmenté de 17 kilogs depuis l'opération. Aucun trouble abdominal, ni génital. De temps en temps, quelques douleurs.

B. — *Pelvi-péritonite tuberculeuse:*

Il s'agit d'une jeune fille lymphatique (l'âge de la malade n'est d'ailleurs pas précisé dans cette observation), jouissant habituellement d'une bonne santé. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise, sans cause connue, de douleurs dans le bas-ventre avec sensation de pesanteur, et difficultés dans la marche.

Elle arriva à Saint-Louis avec de la décoloration des téguments, et des symptômes de chloro-anémie très prononcés, de l'abattement, les traits tirés, une soif vive, des nausées fréquentes sans vomissements, de la constipation, le ventre ballonné et très sensible à la pression.

A deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, commençait une tumeur s'étendant jusqu'au pubis, régulièrement arrondie et plongeant dans le petit bassin. Le toucher vaginal faisait constater un effacement complet du col dont

on ne trouvait que l'orifice; dans le cul-de-sac antérieur comme dans le postérieur, on sentait un léger empâtement. Au toucher rectal, on trouvait une saillie considérable de la tumeur dans la concavité du sacrum, et surtout près de l'angle sacro-vertébral.

A l'autopsie, les anses intestinales étaient parfaitement saines dans toute la partie supérieure de l'abdomen; sur un plan passant exactement par le bord interne des muscles psoas, il existait des adhérences étroites que l'on déchira avec peine et qui établissaient une délimitation très nette entre l'excavation du bassin et le reste de la cavité abdominale. Dans cet espace on trouve, outre une quantité considérable de pus, une petite quantité de matières fécales qui paraissent avoir pénétré par une perforation trouvée sur l'une des anses intestinales réunies par des adhérences. Au-dessous de cette masse, on trouvait comme un second étage formant une cavité presque entièrement close et communiquant d'une part par un très petit pertuis avec le kyste purulent dont il vient d'être question, et d'autre part par une ouverture un peu plus large avec le rectum.

En disséquant cette poche qui avait la grosseur du poing environ, et dont l'enveloppe, d'inégale épaisseur suivant les différents points de son étendue, présentait à sa surface interne une apparence tomenteuse, on trouva que cette partie de la tumeur était constituée par l'ovaire du côté droit, qui, distendu par du liquide purulent, paraissait avoir basculé, en vertu de son propre poids, dans le cul-de-sac recto utérin. C'est cette même poche qui, étroitement unie au rectum, avait été déchirée par le doigt du chirurgien, et avait donné issue à un flot de pus.

En résumé, la tumeur pelvienne qui fait l'objet de cette observation, était constituée par deux parties: 1° L'ovaire droit dilaté; 2° Un kyste adventice formé aux dépens du

péritoine et devant vraisemblablement son existence à ce qu'une certaine quantité de pus avait fui de l'ovaire malade dans la cavité péritonéale, et là, avait donné naissance à des adhérences consécutives. L'ovaire gauche présentait des lésions manifestes de tuberculose, et, étant donné les lésions pulmonaires, on pouvait supposer qu'il s'agissait de tuberculose ovarienne avec kyste péritonéal secondaire.

C. — Pelvi-péritonite localisée prise pour un sarcome de la paroi; laparotomie. Forme sèche. Guérison.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui avait un ventre saillant, volumineux; à la palpation aussi bien qu'à la percussion, on avait la sensation d'une tumeur solide, adhérente à la paroi abdominale. Je pensai à un sarcome développé dans cette paroi et me décidai à pratiquer la laparotomie.

La paroi abdominale était anormalement vascularisée, très saignante. J'arrivai sur le péritoine épaissi et adhérent. Il formait une sorte de plastron de l'épaisseur de la main, composé d'un tissu de fausses membranes, infiltré de granulations tuberculeuses; je l'incisai largement. Je cherchai ensuite à séparer les fausses membranes qui agglutinaient entre elles les anses intestinales, mais je ne pus y parvenir. Je dus refermer le ventre, peu satisfait, je l'avoue, de mon intervention.

Les suites opératoires furent bénignes; le quinzième jour, la malade se levait. Au bout de vingt deux jours, elle partait pour la campagne.

Je pensais qu'elle avait bientôt succombé aux progrès de cette affection, quand j'appris un an après par son médecin que la malade allait beaucoup mieux. Au bout de dix-huit mois, elle venait me voir à la Salpêtrière, et je cons-

tatais, à ma grande surprise, qu'elle était absolument guérie. Le ventre était souple et paraissait absolument normal.

D. — *Péritonite tuberculeuse prise pour un sarcome de la paroi.*

Il s'agit d'une enfant de 12 ans qui avait une fièvre insignifiante et des douleurs minimes. Il apparut une tumeur de la grosseur du poing autour de l'ombilic. On pensait à une sarcome ou à quelque chose de semblable. A la laparotomie, on trouva une tumeur formée de débris tuberculeux, d'épiploon et d'intestin. Le cas guérit.

E. — *Péritonite tuberculeuse herniaire. Pelvi-péritonite avec tumeur. Laparotomie. Guérison.*

Louise E..., 18 ans, entre le 4 février 1884.

Antécédents héréditaires et personnels : Rien jusqu'en mars 1881, où elle présente un abcès de la grosseur d'une noix à l'ombilic, sans fièvre, ni douleur. Ouverture et évacuation de pus grumeleux; ventre épaissi quoique sans douleur.

En septembre 1883, violentes douleurs dans le flanc gauche. Le ventre grossit, légère dyspnée et légère dysurie.

Le 18 février 1884, petite hernie crurale gauche réductible. Abdomen volumineux et globuleux, épanchement à la partie inférieure, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Toucher vaginal: col court, utérus dévié à gauche.

Diagnostic: Hernie de l'ovaire.

Opération: Incision parallèle à l'arcade crurale. On ouvre le sac. A la pression sérosité claire. Le péritoine est très épaissi, et la séreuse couverte de granulations miliaires.

La plaie guérit bien, mais bientôt l'abdomen redevient volumineux avec douleurs au-dessus de la symphyse.

Aggravation en mars 1887. Anorexie, amaigrissement.

Examen sous chloroforme: à droite, contre l'utérus, on sent une masse ronde, de la grosseur d'un œuf, se localisant avec l'utérus.

Opération le 13 juillet 1887: Incision médiane. Tuberculose miliaire du péritoine pariétal. La tumeur que l'on sentait par le vagin est fibreuse. La séreuse intestinale est parsemée de granulations miliaires. Pas d'ascite.

Après l'opération, amélioration de l'ascite; plus de douleurs, diminution du volume du ventre. La palpation simple ou combinée n'est plus douloureuse.

Résultat histologique positif.

Revue en janvier 1901: Elle n'a qu'irrégulièrement des douleurs avant ses règles. Celles-ci sont régulières. Appétit bon. Pas de constipation. Poids: 92 kilogs.

Remarquons que nous avons été obligée de puiser dans une littérature médicale relativement ancienne pour trouver ces cinq observations, et, d'autre part, nous avons étendu le qualificatif d'enfant à des sujets ayant, jusqu'à 20 ans, tant ces cas cliniques sont rares dans le très jeune âge.

ETUDE CLINIQUE

Dans cette étude, assez difficile à faire, à cause de la carence des renseignements bibliographiques, nous étudierons successivement :

- 1° La forme tumorale de la péritonite tuberculeuse, en général.
- 2° Les formes cliniques qui ont été décrites.
- 3° Les particularités de notre observation personnelle.
- 4° Le rapprochement possible des observations étiquetées sous le même vocable et se produisant chez l'enfant.

1° La forme tumorale de la péritonite tuberculeuse :

Etude clinique générale chez l'enfant et chez l'adolescent.

Bien que nous ayons en vue l'évolution d'une telle forme chez l'enfant et chez l'adolescent, nous devons pour tracer un tableau clinique général, nous en rapporter à ce qui a été écrit chez l'adulte.

Nous pensons, par suite de l'analogie qui existe, en général, entre les manifestations morbides de même ordre à des âges différents, ne pas nous écarter trop grossièrement de la réalité.

Le début de l'affection est essentiellement chronique; aussi est-il de première importance de fouiller soigneuse-

ment les *antécédents* personnels et héréditaires des sujets; cette étude des antécédents, les troubles possibles (parfois discrets) de l'état général, l'existence d'une atteinte pleurale ancienne, permettent de soupçonner fortement la nature bacillaire qui peut être confirmée par des stigmates certains actuels: cicatrices d'adénites, adénites, ostéo-arthrites, lésions des sommets pulmonaires, examen radioscopique des culs-de-sacs pleuraux. Dans les observations d'adultes la moitié des cas révèle des antécédents héréditaires indiscutables. Nous donnerons à la fin de notre thèse, un résumé court des observations des adultes atteints de la forme tumorale de la péritonite tuberculeuse, et nous pensons ainsi, non pas déroger à notre étude chez l'enfant et l'adolescent, mais la compléter, puisque cette étude chez l'adulte nous a été indispensable à faire, en vue d'obtenir les idées générales plus complètes sur l'étude anatomoclinique de ces cas vraiment bien peu nombreux.

Début: Le début de ces formes tumorales est le plus souvent insidieux et ce n'est qu'un certain temps après l'apparition des premiers signes de l'affection que le malade vient consulter le praticien, devant leur persistance. Parfois l'altération de l'état général, la lassitude alarment le sujet, plus que ses symptômes abdominaux souvent flous et vagues.

Dans la statistique de Köcher, lorsque les malades entrent dans la clinique, ils présentent les phénomènes abdominaux que nous allons préciser depuis 6 mois (vii, xii, xiii), 3 mois (x), 9 mois (vi), 8 mois (viii), 5 ans (ix).

Dans les autres observations, le délai d'un an pour remonter au début vrai de la maladie est fréquent.

Broussaix résume ainsi cette latence du début: « Des péritonites que j'ai rencontrées à l'état chronique, les unes n'avaient été douloureuses que quelques jours; les autres,

et c'est la majorité, avaient débuté d'une façon insensible: à peine les malades avaient-ils ressenti quelques douleurs passagères, parfois même ambulantes à l'époque probable du commencement. »

Les premiers symptômes fonctionnels que signalent les malades peuvent se ramener à trois dans la plupart des cas.

Ce sont: 1° Les vomissements;

2° Les douleurs.

3° Les troubles d'évacuation intestinale.

1° Les vomissements. — Ce symptôme est, d'après Köcher, observé dans 36 % des cas de péritonite tuberculeuse à forme tumorale; les vomissements qui peuvent dominer le tableau clinique, n'apparaissent pas d'emblée. Ils sont précédés par une période de troubles gastriques vagues, irréguliers dont les caractères, difficiles à faire préciser par les malades, sont les suivants: ce sont des sensations de pesanteur, de torsion, de tiraillement; des douleurs siégeant au niveau du creux épigastrique, sans irradiations, apparaissant de préférence après les repas, surtout après les repas abondants; au bout d'un mois ou deux, les vomissements apparaissent: Comme les prodromes gastriques, ils se produisent de préférence après les repas; ce sont des vomissements alimentaires, fréquents, peu abondants, et dans lesquels on ne trouve pas de sang.

2° Les douleurs sont plus fréquentes et plus caractéristiques que les vomissements. Leur siège est abdominal ou pelvien suivant le cas, car elles apparaissent au foyer de localisation de l'inflammation tuberculeuse. Il s'agit le plus souvent de douleurs périombilicales dans les tumeurs abdominales, de douleurs iliaques ou hypogastriques dans les tumeurs pelviennes. Les douleurs, d'intensité variable, sont

le plus souvent très aiguës au début de leur apparition, puis elles s'atténuent au fur et à mesure que l'affection évolue. Ce schéma est d'ailleurs souvent faux au point de vue clinique. Un caractère très important de ces douleurs, malheureusement inconstant, mais d'un intérêt réel quand on le décèle, est leur intermittence.

En effet, quel que soit leur siège, ces douleurs ne sont jamais continues; elles apparaissent quelques heures après le repas, parfois après une marche, un surmenage, une fatigue quelconque. Elles sont surtout marquées le soir après le travail de la journée et elles cèdent, en degré d'acuité tout au moins, au repos de la nuit. Ce phénomène douloureux est à peu près constant et témoigne de l'atteinte de la séreuse: C'est le cri du péritoine souffrant, car contrairement à l'intestin qui « souffre en silence », le péritoine malade extériorise sa douleur. Nous rappelons que MM. Tripier et Paviot ont magistralement opposé ces manifestations cliniques subjectives des viscères et de la séreuse. Ils ont mis en face les vastes ulcérations intestinales de la fièvre typhoïde ou de la tuberculose intestinale, les calculs enclavés dans le canal cystique, sans manifestations subjectives douloureuses, et le cri violent de l'atteinte péritonéale par un processus morbide, même peu étendu.

3° Les troubles d'évacuation intestinale sont très fréquents. Le plus souvent, on constate de la constipation; rarement on observe une diarrhée spécifique, fétide, abondante, séreuse, irréductible par les traitements antidiarrhéiques habituels. Cette diarrhée tuberculeuse relève d'une entérite bacillaire, et ce que nous dirons sur le caractère secondaire des lésions intestinales, indiquera que cette diarrhée est en général assez tardive. L'irrégularité des selles est fréquente. Enfin, parfois, on note un syndrome intestinal du plus grand intérêt: Un sujet ayant une cons-

tipation tenace, voit sa constipation céder tout à coup, sans causes extérieures, et faire place à une débacle diarrhéique. Un tel syndrome, associé au début chronique de la maladie, chez un sujet ayant des antécédents suspects de bacillose, doit orienter l'esprit du praticien vers le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

4° Dans les tumeurs pelviennes, les troubles génitaux sont constants chez la jeune fille: C'est une aménorrhée le plus souvent, ce sont parfois des douleurs pelviennes. Ces symptômes sont importants chez les sujets jeunes et permettent de dépister la tuberculose à laquelle il faut toujours penser dans ces cas d'aménorrhée. Remarquons, qu'au contraire, loin de faciliter le diagnostic l'aménorrhée de la femme qui souffre, qui a des pertes leucorrhéiques et des antécédents métritiques, est d'une interprétation difficile.

Enfin, nous signalerons la possibilité de troubles urinaires: Mictions douloureuses, oligurie passagère, pyurie intermittente. Relevant probablement, soit d'une atteinte rénale, soit d'une compression de l'arbre urinaire par des gâteaux péritonéaux plus ou moins en rapport avec la tumeur.

Ces symptômes fonctionnels ne sont presque jamais tous réunis. Ils existent chacun isolément, ou, le plus souvent, l'un d'eux est plus apparent et amène le malade à consulter son médecin. Enfin, ils manquent parfois totalement, et c'est un signe physique, quelquefois de découverte fortuite au cours d'un examen général, qui pose la question du diagnostic.

Les signes physiques: L'aspect de l'abdomen est essentiellement variable suivant les cas. Parfois la tumeur volumineuse périombilicale, dépasse l'ombilic et donne à l'abdomen un aspect général pointant en avant. Parfois l'ins-

pection ne révèle rien, sinon un abdomen qui respire moins bien en une zone mal limitée, la paroi étant à ce niveau fixée par des adhérences inflammatoires au péritoine sous jacent.

La palpation et la percussion permettent de situer la tumeur dans l'abdomen, d'en apprécier la consistance, le volume, la sonorité, la mobilité. Etudions le résultat de l'investigation clinique concernant ces divers points :

1° *Le siège* de la tumeur. Deux cas sont à envisager :

- a) La tumeur est pelvienne,
- b) La tumeur est abdominale.

Souvent d'ailleurs le cas est mixte et la tumeur est abdomino-pelvienne.

a) La tumeur est pelvienne: Dans l'enceinte osseuse du bassin, les limites de la tumeur sont difficiles à tracer : Telle tumeur délimitée à gauche par exemple aura un prolongement à droite, que la palpation pariétale ne révèle pas et que décèle le toucher vaginal seul (parfois possible chez la jeune fille) ou le toucher rectal (chez le jeune enfant). Dans les observations que nous avons résumées, chez l'adulte, la tumeur siégeait sur la ligne médiane. (Obs. I). A gauche (V, VI). Des deux côtés (III, IV). Au milieu et à droite avec une autre tumeur à gauche (VII).

Souvent, dans les tumeurs bilatérales, il y a prédominance de l'une des tumeurs ou de la tumeur unique dans une des fosses iliaques.

b) Les tumeurs abdominales sont plus faciles à étudier par la simple palpation manuelle, que confirme et complète la radiologie. Elles siègent surtout dans la région ombilicale (observations chez l'enfant), pubo-ombilicale (III), à gauche dans le flanc (II), sous le foie.

2° *Forme et volume*: Il s'agit en général d'une tumeur unique. Quelques observations signalent cependant l'exis-

tence de deux masses tumorales (III, VII). La forme et le volume sont essentiellement variables. Dans l'observation VII de Lauper, le schéma est curieux: « On sentait, dans la région ombilicale, un corps de quinze centimètres de long sur cinq de large, se terminant à gauche par un bord mince et lisse, à droite en pointe. Il y avait une autre petite tumeur dans la fosse iliaque gauche, complètement indépendante. » Parfois la tumeur est plus volumineuse et forme un cône à sommet abdominal et à base pelvienne (forme d'un kyste ovarien).

Köcher signale des cas de tumeurs siégeant dans la fosse iliaque gauche, ayant une limite supérieure suivant assez fidèlement la ligne d'insertion du mésentère.

Parmi les tumeurs abdominales, la forme globuleuse ou en cône paraît la plus fréquente. Dans les tumeurs sous-hépatiques, la tumeur et le foie forment une masse continue et unique.

3° *Consistance*. — La tumeur est d'une dureté variable suivant les points. A côté de masses dures, ligueuses même, on trouve des points rénitents et parfois même ramollis donnant une pseudo-fluctuation. La sensation de rénitence ajoute un élément de difficulté pour séparer ces tumeurs des kystes de l'ovaire.

4° *Sonorité*. — On trouve le plus souvent de la matité, de limite supérieure variable. C'est une matité à convexité supérieure (comme celle des kystes de l'ovaire); mais la zone mate à des contours essentiellement irréguliers, une forme atypique par rapport aux autres masses tumorales les plus fréquemment rencontrées dans l'abdomen et le bassin (kystes de l'ovaire, fibromes utérins, etc...) La notion de l'âge ajoute un argument positif en faveur de la tuberculeuse péritonéale.

A propos de la percussion de ces tumeurs, nous rappo-

cherons la forme tumorale de la péritonite tuberculeuse, de cette forme de tuberculose intestinale, spéciale à l'enfance, décrite par les classiques sous le nom de forme entéro-péritonéale, de ventre du carreau. Cette forme particulière, plus intestinale que péritonéale, donne, à la percussion une matité en damier, et à la palpation une masse volumineuse formée par l'ascite, les ganglions mésentériques plus ou moins caséifiés, les amas caséeux inclus dans le mésentère, et le mésocôlon.

5° *Mobilité.* — Ces tumeurs seraient classiquement mobiles et parfois les sujets peuvent les faire mouvoir eux-mêmes dans leur abdomen; mais, ces déplacements sont douloureux; d'ailleurs, la tumeur elle-même est sensible à la palpation profonde, ce degré de sensibilité étant très variable suivant les cas.

Exploration par le toucher rectal et le toucher vaginal. — Ce mode d'exploration a un intérêt réel, presque autant dans les masses abdominales (mobilisables) que dans les masses pelviennes, pour lesquelles toutefois cette exploration est indispensable à un titre plus important. Le toucher vaginal pratiqué chez les jeunes filles, dans certains cas, décèle une masse unie ou bilatérale, difficile à séparer de l'utérus, faisant le plus souvent une masse unique avec le corps utérin, le tout étant plus ou moins fixé dans une gangue inflammatoire. La confusion d'une tumeur latérale avec un kyste, un sarcome de l'ovaire est fréquente, quand le toucher permet de sentir dans un cul-de-sac latéral une masse dure, indépendante de l'utérus, à évolution froide, non douloureuse.

Le toucher rectal permet d'explorer le péritoine pelvien dans tous les cas, surtout quand le toucher vaginal est impossible, comme chez le jeune enfant: Une tuméfaction,

une induration plus ou moins sensible sont les signes physiques les plus fréquents.

L'état général est très variable. D'une manière habituelle, il est bon au début de ces formes chroniques d'emblée, puis il s'altère par degrés, essentiellement variables comme durée et comme intensité, suivant les sujets, à tel point qu'on ne peut vraiment pas donner une vue d'ensemble.

La température est peu élevée, mais anormale; elle oscille entre 38°5 et 37°5 à type vespéral ou à type inverse.

Elle est associée à des sueurs nocturnes, à une lassitude générale qui font de ces sujets des asthéniques plus que des sujets atteints d'une affection nette. Il importe, dans de tels cas, de rechercher par un examen général, les autres manifestations de tuberculose, en particulier au niveau de la plèvre et des sommets pulmonaires.

Exploration radioscopique du tube digestif: « Le diagnostic relativement précis de tuberculomes abdominaux n'a de chance d'être posé qu'avec le concours d'examens radiologiques répétés. » (Sauvé. *Journal Médical Français*, juillet 1923).

Nous sommes peu documentés sur cette question, car dans toutes les observations anciennes que nous avons réunies, ce mode d'investigation faisait défaut: En général, la tumeur est perçue d'une façon plus ou moins forte à l'examen sous l'écran. Elle se détache du cadre colique opaque, rempli de bouillie barytée; on note les déplacements, les coudures, les déformations du tractus digestif, les modifications de la motricité colique. Il est évident que l'image radiologique diffère complètement

— Suivant le siège de la tumeur;

— Suivant son contenu: Une masse épiploïque donne un examen radiologique essentiellement différente de l'image

du plastron englobant des anses intestinales et même une partie du gros intestin, l'anse iliaque surtout. Nous ne faisons que signaler cet examen radioscopique ici, et nous le développerons à propos du diagnostic, car, c'est là qu'il trouve véritablement sa place.

Formes cliniques

Avec les divers auteurs qui ont étudié les formes tumorales de la bacilliose péritonéale et, en particulier, avec Sauvé, nous distinguerons les formes cliniques suivantes :

- 1) les pelvi-péritonites tuberculeuses;
- 2) la tuberculose iléo-cæcale ou pérityphlite tuberculeuse;
- 3) les tumeurs du carrefour sous-hépatique;
- 4) les përisigmoïdites;
- 5) la tuberculose entéro-péritonéale;
- 6) les tuberculoses sous-phréniques.

Ces formes ayant été étudiées chez l'adulte, nous faisons la même remarque à leur sujet que pour l'étude générale précédente.

1° *La pelvi-péritonite tuberculeuse.* — Au moment où le médecin est consulté, les lésions ont formé un bloc fibro-caséeux dans le petit bassin. Il s'agit en général d'une jeune fille aménorrhéique depuis plusieurs mois, qui souffre au niveau de l'hypogastre ou de l'une des fosses iliaques. Parfois la tumeur, indolore, constitue à elle seule tout le tableau clinique. « Le toucher vaginal, combiné au palper, montre que cette tumeur est rénitente, bosselée, rarement fluctuante, qu'elle est douloureuse, et occupe un seul des culs-de-sac en général. » L'état général est bon, sauf si l'aménorrhée initiale ayant été mise sur le compte de l'anémie ou des troubles glandulaires, le médecin a conseillé outre la

médication martiale et l'opothérapie, le mariage. Le changement d'état qu'il occasionne est alors le point de départ d'un déclin de l'état général, et d'un coup de fouet sur les lésions locales. Une volumineuse masse inflammatoire se forme et exerce la patience et l'habileté du chirurgien à l'intervention, pour extirper utérus et annexes, du macma hypogastrique et pelvien constitué par le péritoine pariétal, l'épiploon, les annexes tuberculeuses, le gros et le petit intestin.

2o *La pérityphlite tuberculeuse* peut être complètement indépendante de l'appendicite tuberculeuse (Depage et Pinchaut). Elle se présente sous forme d'une tumeur volumineuse, pouvant atteindre la dimension d'une tête d'enfant et occupant la fosse iliaque droite. Cette tumeur adhère parfois à la paroi abdominale par des néomembranes inflammatoires. Pour Pic, de Lyon, ce serait une forme rare, en tous cas toujours atténuée de localisation tuberculeuse. L'histoire clinique de la pérityphlite bacillaire peut être ainsi résumée: Après un début latent, silencieux, et par suite souvent insoupçonné, on constate la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite; cette tumeur est peu mobile, de consistance inégale, mate en général. Le sujet qui en est atteint présente un peu de fébricule vespérale, mais un bon état général.

3o *Les tumeurs du carrefour sous-hépatique* de nature tuberculeuse sont rares, encore plus trompeuses et plus mal connues. Elle revêtent en général une forme particulière à symptomatologie duodénale; il y a longtemps déjà que l'école lyonnaise a insisté avec raison sur leur existence. « On ne saurait trop répéter, après Enriquez, que seule la méthode des films radiographiques en série, répétés un grand nombre de fois, et examinés par des observateurs

compétents, peut arriver à affirmer un ulcère duodénal ». Ce n'est que par l'élimination de l'ulcère qu'on arrivera au diagnostic de tuberculose du carrefour sous-hépatique, diagnostic toujours hésitant, même après laparotomie.

4° *Les péricisimoïdites*: « Certaines tumeurs de la fosse iliaque gauche, plus fréquentes chez l'adulte que chez les jeunes font penser à la péricisimoïdite.

5° *La tuberculose entéro-péritonéale* comprend à proprement parler les formes à plastron; elle siège surtout à l'angle iléo-cæcal; sur le grêle, elle forme en général une masse tumorale péri-ombilicale diffuse plus ou moins volumineuse. Sauvé a observé une tuberculose du côlon transverse prolapsé dans le Douglas auquel il adhérerait. « Un chirurgien distingué qui m'avait précédé, dit-il avait fait le diagnostic d'occlusion par cholécystite calculuse; j'avais fait celui d'occlusion par cancer sigmoïdien; et même au cours de l'opération, j'ai cru à ce diagnostic. Seul, l'examen histologique de la tumeur réséquée dans un second temps opératoire, et l'évolution ultérieure des accidents que se sont étagés sur quatre années ont permis de conclure qu'il s'agissait d'une tuberculose de l'anse transverse.

6° *Les tuberculoses sous-phréniques affectent l'aspect* d'une tumeur et le plus souvent sous la forme d'un abcès sous-phrénique singulièrement insidieux et trouvé seulement à l'opération. « Les abcès sous-phréniques sont loin en effet, de toujours revêtir la forme dramatique que leur prêtent complaisamment les descriptions classiques; combien, même provoqués par des agents banaux, ils sont insidieux, traînants et de symptomatologie confuse: c'est dire combien un abcès tuberculeux sous-phrénique, qui peut d'ailleurs se réchauffer, est encore plus trompeur et difficile à diagnostiquer. »

Enfin nous terminerons cet exposé des formes cliniques par l'addition de la *forme ascitique localisée*, encore très peu connue, et non citée en général par les auteurs. Voici comment on peut la concevoir: une cavité close se forme, constituée par les anses intestinales agglutinées entre elles, et des néoformations fibreuses les unissant à la paroi; à l'intérieur de cette cavité close, à la faveur du processus congestif s'épanchera du liquide d'ascite. Si une telle formation est réalisée, nous avons bien là, toute la symptomatologie d'une véritable tumeur abdominale qui pourra tour à tour en imposer, soit pour un kyste de l'ovaire, soit pour une ecchinococcose hépatique. Sur 24 cas de tuberculose ascitique localisée opérés par le docteur Tuffier, dans huit cas le diagnostic avait été posé; 5 autres avaient été pris pour des kystes de l'ovaire; dans les autres, on avait pensé à l'appendicite, à la salpingite double, à la cholécystite.

En terminant cette courte description clinique de péritonites tuberculeuses à forme tumorale, nous redirons le mot d'un auteur: « Si quand on décrivait seulement les formes généralisées, on disait classiquement que la tuberculose péritonéale était un véritable Protée pathologique, et que le ventre attendait encore un Laënnec, que dirons-nous maintenant que notre attention est attirée par les formes localisées? » Et répondant à lui-même, le même auteur dit ailleurs: « En vérité, les péritonites tuberculeuses revêtent tous les aspects, simulent tout et trompent tout le monde. »

Evolution clinique.

Il est classique, dans les formes généralisées d'opposer schématiquement la forme ascitique curable aux formes ulcéro-caséuses de pronostic mauvais et aux formes adhésives graves par leurs complications et leur peu d'améliora-

tion par laparotomie. Que penser des formes localisées, de ces tumeurs abdominales de nature tuberculeuse? Les cas cliniques que nous avons relevés, ont une évolution essentiellement différente suivant la thérapeutique qui leur a été appliquée, en particulier suivant qu'on a fait ou non une laparotomie. Abandonnée à elle-même, la péritonite tuberculeuse dans cette forme anormale a une évolution le plus souvent médiocre; mais des guérisons spontanées ont été observées par un traitement purement médical. Après laparotomie, la guérison est en général plus fréquente et en tout cas nettement plus rapide.

Mais la laparotomie n'est pas toujours facile sur un abdomen dont la paroi est fixée à la profondeur par des brides fibreuses parfois résistantes; d'autre part dans tous les cas, la tumeur tuberculeuse correctement traitée peut entraîner la mort de son porteur: de ce foyer initial, les bacilles de Koch peuvent essaimer dans l'organisme, y déterminer des lésions diverses mortelles (le sujet succombe à une bacillémie, à une tuberculose pulmonaire, à une méningite).

De plus, des accidents locaux peuvent survenir, accidents de pronostic grave par les conséquences qu'ils entraînent: un abcès froid pyostercoral, puis une ulcération pariétale entraîne une infection secondaire de la lésion tuberculeuse et le sujet meurt d'une infection aiguë ou de cachexie.

La tumeur comprimant fortement le tractus digestif, ou en englobant une partie dans sa gangue inflammatoire détermine des phénomènes d'occlusion progressive pouvant devenir totale. Toutes ces complications peuvent être secondaires à une thérapeutique médicale ou chirurgicale correcte.

3° *En quoi notre observation personnelle se rapproche-*

t-elle et s'éloigne-t-elle des formes que nous venons d'étudier avec quelques détails?

Elle s'en rapproche bien peu, avouons-le: en effet, hormis le mode de début latent pendant un an et ne se manifestant que par un signe fonctionnel, intermittent, très peu bruyant, la douleur abdominale entre les repas, le cri de la séreuse malade, véritable appel d'alarme, nous ne notons comme point de ressemblance, et il ne peut en être autrement, que la description de la tumeur abdominale, longuement décrite dans l'observation et qui est le type schématique de la tumeur; c'est le mot immédiat qui se présente à l'esprit en examinant l'abdomen de notre petite malade. Les différences, les points qui font l'originalité de ce cas sont au contraire assez nombreux. Tout d'abord, le jeune âge de l'enfant, puisque il s'agit d'une fillette de 9 ans et demi quand l'affection a débuté et que nous n'avons pas trouvé d'observation remontant à un âge si peu avancé. Puis, l'absence d'antécédents, tant personnels qu'héréditaires. L'absence absolue de troubles digestifs, non seulement au début de la maladie, mais pendant tout son premier séjour à l'hôpital. L'intégrité totale du tube digestif constatée par les examens radioscopiques successifs, au cours également de ce premier séjour; l'efficacité au point de vue de l'état général d'un traitement anti-syphilitique (acétylarsan, cyanure de mercure) qui a vraiment ressuscité la petite malade si asthénique à son entrée, mais l'inefficacité absolue au point de vue local de toute thérapeutique médicale ou chirurgicale, l'échec complet de deux séjours dans des sanatoria et l'évolution fatale malgré tous les soins.

4° *Dans les autres cas de péritonite tuberculeuse à forme tumorale chez l'enfant et l'adolescent*, le tableau clinique paraît se rapprocher bien davantage de celui que nous

avons décrit en général, par analogie avec ce que nous observons chez l'adulte. Comme ces tumeurs et les sujets qui en sont porteurs, nous sont connus, à la suite de cette étude générale, comme par le paragraphe précédent nous avons vu la différence qui les sépare de notre observation personnelle, nous n'y insisterons pas, pour éviter des redites inutiles.

ETUDE ANATOMIQUE

Nous avons fait précéder de l'étude clinique, l'étude anatomique, car cette dernière bénéficie des données cliniques, des données de la laparotomie exploratrice ou thérapeutique, et malheureusement aussi, bien souvent, des constatations nécropsiques. Rappelons tout d'abord que ces formes tumorales que nous étudions sont toujours bien limitées en une zone précise de l'abdomen, même si-elles sont assez développées pour occuper une grande partie de la cavité abdominale; d'autre part, nous avons en vue essentiellement, ces formes où les lésions péritonéales dominent, et où les lésions viscérales sont floues, frustes ou inexistantes.

Evidemment, au point de vue anatomo-pathologique, il est fréquent peut-être même constant qu'en dehors de la tumeur macroscopiquement appréciable, il existe des granulations miliaires sous forme de taches blanchâtres sur le reste du péritoine.

De plus, d'une façon presque certaine, les viscères que recouvre le péritoine malade, sont atteints d'un processus pathologique, ne serait-ce qu'à un degré minime et au niveau de leur tunique externe. Savy a bien expliqué cet échange de mauvais procédés, venant de la contiguité de la séreuse et des viscères. « La disposition de la séreuse péritonéale autour des viscères entraîne, au point de vue patho-

logique, une double conséquence: l'inflammation primitive d'un organe abdominal se propage au péritoine, et inversement une inflammation primitive du péritoine peut retentir sur l'organe sous-jacent ». Les tuberculomes abdominaux sont, en général, des formes entéropéritonéales de la péritonite bacillaire. Cependant, nous envisagerons essentiellement les lésions du péritoine qui dominent les lésions macroscopiques et donnent, nous l'avons vu, tout le tableau clinique.

I. — *Etude macroscopique de la tumeur:*

1° *A la laparotomie.* — On tombe, en général, à l'ouverture de l'abdomen sur une masse épaisse, fibreuse, lardacée en certains points, adhérente aux organes environnants et à la paroi.

Cette tumeur comprend l'épiploon modifié par le processus inflammatoire, des fausses membranes et des anses intestinales. Parfois dans cette gangue de tissus pathologiques, on trouve des poches mal limitées, à contours irréguliers. Etudions chacun de ces éléments:

L'épiploon est chargé de tubercules, épaissi en cordons plus ou moins irréguliers jaunes, rougeâtres ou jaune-gris. C'est lui qui forme ces poches remplies, suivant les points, soit d'un liquide ascitique, soit d'un pus grumeleux analogue à celui des péritonites ulcéro-caséuses; parfois une masse grisâtre, mastic est le résultat de ce pus modifié, épaissi au cours de l'évolution.

Dans les formes fibro-adhésives pures, les poches kystiques n'existent pas et ce sont les anses intestinales agglutinées entre elles, les fausses membranes et l'épiploon chroniquement enflammé qui forment la tumeur.

Dans ce macma de tissu fibreux, les anses intestinales sont

elles-mêmes atteintes par l'intermédiaire du péritoine pariétal qui les étire, les déforme, les coude et ainsi s'expliquent par un phénomène purement mécanique les troubles intestinaux presque constants au cours de la péritonite fibro-adhésive. Contrairement aux cas habituels, nous n'avons pas constaté dans notre observation de symptômes intestinaux, mais il est vraisemblable et conforme à l'expérience, que le macma trouvé à la laparotomie exploratrice contenait, au sein de l'épiploïte fibro-adhésive des anses intestinales: c'est la présence de ces anses qui a donné lieu secondairement à la fistule stercorale qui a justifié le deuxième séjour à l'Hôpital de notre petite malade.

Dans les formes pelvi-péritonitiques on trouve, au milieu du macma fibreux, les viscères pelviens: ovaires et trompes épaissies et plus souvent infiltrées de granulations tuberculeuses.

Les ganglions lymphatiques avoisinant, surtout les ganglions mésentériques, iliaques et même lombo-aortiques, sont enflammés et ramollis. Parfois la sclérose étouffe le tissu ganglionnaire et témoigne d'un processus de guérison.

Le processus anatomique général au niveau du péritoine est le processus habituel au cours de toute lésion bacillaire d'une séreuse: Au début, la séreuse est congestionnée, hyperhémiee, et présente un aspect dépoli; puis elle prend un aspect gras et si on la touche elle est visqueuse, elle adhère entre les doigts qui l'explorent, enfin la fausse membrane se forme, elle s'accole à une autre fausse membrane et ainsi est formé l'amas caséeux, le paquet péritonéal.

Secondairement ces fausses membranes adhèrent aux différents plans voisins, tant superficiels que profonds: des adhérences se forment et sont suivant leur mode d'évolution, suivant le sujet, suivant le terrain, et suivant le degré

d'ancienneté des lésions, des adhérences souples, cartonnées, cartilagineuses et même calcifiées.

Histologiquement, nous retrouvons d'abord les phénomènes banaux de l'inflammation: diapédèse, amas leucocytaire, infiltration péri-vasculaire et enfin chute de l'épithélium péritonéal; puis le bacille de Koch agit spécifiquement et on trouve tous les degrés de manifestations anatomiques: depuis les lésions spécifiquement tuberculeuses, soit lésions folliculaires (rares), soit lésions non folliculaires (Gougerot), jusqu'aux lésions banales communes au Bacille de Koch et aux germes pathogènes les plus divers. Nous rappelons la phrase de Poncet et Leriche, sur les réactions de l'organisme et du péritoine vis-à-vis du Bacille: « Le follicule est l'expression la haute, la plus différenciée et non exclusive des réactions complexes du bacille de Koch dont le terme inférieur, le moins connu de la série, peut-être le plus fréquent, est l'inflammation simple, courante ».

Cependant la granulation tuberculeuse est très fréquente, souvent à distance de la masse tumorale. Elle témoigne de l'extension du processus morbide et permet le diagnostic à l'ouverture de l'abdomen, quand l'examen clinique avait été hésitant.

Les organes sous-jacents ont des lésions qui progressent de dehors en dedans; ce sont donc des lésions manifestement secondaires à l'atteinte du péritoine. On note, par exemple, sur les coupes histologiques l'intégrité de la muqueuse, coïncidant avec un épaissement de la couche sous-péritonéale et des modifications de la couche musculaire (sclérose interfasciculaire, atrophie, dégénérescence). « L'inflammation venue de la séreuse s'étend dans la profondeur de la paroi: Reliquats purement cicatriciels et n'entraînant qu'une gêne mécanique passive, ou séquelles inflammatoires encore lentement et sournoisement évolutives

qui, paralysant la tunique musculaire et lésant les plexus nerveux, troublent activement et plus ou moins profondément la vitalité et le fonctionnement de l'organe (Savy).

Au total anatomiquement, les formes tumorales appartiennent aux péritonites primitives chroniques fibro-adhésives.

PATHOGENIE

Nous ne dirons que quelques mots de cette question qui a été longuement étudiée et discutée pour toutes les tuberculoses péritonéales. De nombreuses théories ont été émises au sujet du mode de pénétration du Bacille de Koch et de sa localisation en un point donné de l'organisme. Nous ne voulons point envisager ces diverses théories; le rappel pathogénique que nous avons en vue a seulement pour but de compléter la question que nous étudions.

Nous rappelons qu'on a ramené à deux voies essentielles et à une voie accessoire, la porte d'entrée du bacille de Koch au niveau du péritoine.

1° La voie sanguine dans laquelle la tuberculose péritonéale est secondaire à une bacillémie. Ce mécanisme semblait surtout en jeu dans les formes généralisées où les lésions étaient disséminées sur toute la séreuse même si un amas inflammatoire est nettement prédominant en un point.

2° La voie intestinale qui paraissait à première vue la plus fréquente dans les formes localisées de la péritonite bacillaire et par conséquent dans la forme tumorale. On a cru pendant longtemps que c'était la voie d'élection du bacille pour gagner la séreuse, à cause des lésions spécifiques, presque constantes bien que souvent minimales, des tuniques intestinales au niveau des anses englobées dans la gan-

gue d'épiploïte fibro-adhésive. En réalité, nous avons constaté anatomiquement que les lésions viscérales progressent souvent de dehors en dedans et paraissent manifestement secondaires à l'inflammation de la séreuse.

3° La voie génitale est à peu près reconnue comme inexistante même chez l'adulte hormis de rares cas, même dans la pelvi-péritonite chronique qui relèverait d'un localisation secondaire à une bacillémie.

Aujourd'hui, les auteurs sont d'accord pour rechercher essentiellement la source primitive de l'infection bacillaire dans un gîte ganglionnaire, qui essaïmerait secondairement. Spillmann, puis Pobroklaisky ont montré que le bacille peut traverser une masse saine. Rapprochant les manifestations tuberculeuses des diverses séreuses, et, en particulier, de la plèvre et du péritoine, Savy constate: « On sait que le bacille de Koch après avoir franchi l'étape ganglionnaire peut atteindre directement la plèvre, le poumon parfois n'étant touché que secondairement. Dès lors, pourquoi refuser au péritoine, ou lui concéder si parcimonieusement, ce qu'on accorde sans difficulté et si largement à la séreuse pleurale? Pourquoi ne pas admettre à côté de la pleurite plastique primitive, l'existence — non pas exceptionnelle, mais fréquente — d'une péritonite plastique primitive, s'établissant d'emblée, en dehors de toute lésion viscérale, de toute infection intestinale initiale? »

Dans cette étude pathogénique nous devons signaler l'importance primordiale du *terrain*, pour créer cette forme chronique fibro-adhésive comme manifestation de la bacillose. Faujas dans sa thèse nous dit: « Cette notion du terrain est primordiale, tant pour l'origine de la maladie, expliquée par l'atavisme héréditaire, que pour la virulence atténuée du germe, qui provoque dans la plupart des cas

des lésions non spécifiques et pour employer la formule de Poncet, simplement inflammatoires ».

Comment se fait la localisation péritonéale. — Nous rappelons les trois hypothèses qui ont été émises :

1° Le bacille agit par ses toxines diffusibles (Poncet et Leriche).

2° Le bacille agit par ses poisons adhérents en particulier par sa chloroformo-bacilline dans les formes sclérosantes s'opposant aux formes caséifiantes où l'éthéro-bacilline serait en cause.

3° Le bacille agit par son corps microbien. Rappelons qu'on a pu isoler par des traitements spéciaux une race particulière de bacille de Koch ne donnant que des lésions infectieuses banales (Arloing, in thèse de Pupier-1903).

Terminons cet aperçu pathogénique par la phrase de Gougerot : « Dans la péritonite plastique tuberculeuse, la pathogénie est dominée par la notion du terrain favorable, soit héréditairement, soit personnellement, à la pullulation d'un bacille atténué, peu virulent, ne donnant ordinairement que des lésions non spécifiques, non folliculaires ». Ce bacille aboutit à une édification plastique d'emblée.

LE DIAGNOSTIC

1° Après ce que nous avons dit de la complexité des formes cliniques, nous pensons ne pas devoir insister sur la difficulté du *diagnostic positif*. Celui-ci devra procéder en deux temps pour être amené à un résultat.

Il devra, d'une part, reconnaître que la tumeur abdominale ou pelvienne est formée en grande partie par le péritoine; d'autre part, il devra reconnaître que la péritonite est de nature bacillaire et la distinguer des autres péritonites chroniques, en particulier, des péritonites syphilitiques, car le tréponème peut absolument simuler la tuberculose à ce niveau, et est peut-être en cause plus souvent que les classiques veulent nous le dire.

a) *Est-ce une péritonite chronique primitive ou est-ce une affection viscérale ayant eu une répercussion secondaire sur le péritoine?* C'est un problème qu'il n'est pas toujours aisé de résoudre et qui est pourtant capital. Une première donnée devra d'abord être précisée par l'interrogatoire: Y a-t-il eu un phénomène aigu? Si le sujet a présenté dans les années ou dans les mois, qui ont précédé la maladie actuelle, de la péritonite aiguë avec fièvre, on peut penser que l'état actuel est un stade cicatriciel.

Dans les cas où cet épisode aigu fait défaut, on est autorisé à soupçonner l'origine péritonéale de la tumeur en se basant sur les signes suivants. Il s'agit de sujets se plaignant

de gastropathies, d'entéropathies mal définies, atypiques, sans étiologie précise; chez de tels sujets, des cliniciens avisés ont porté successivement des diagnostics différents à cause de l'atypie des symptômes. La douleur subjective et objective est un signe très important surtout si elle survient d'emblée spontanément. La radiologie montre que la douleur n'est pas viscérale (rappelons que la douleur viscérale recueillie par la palpation sous l'écran, se juxtapose exactement au siège de l'organe incriminé et cette juxtaposition se fait aussi bien sur le malade debout que sur le malade couché, prouvant que douleur et organe se déplacent en même temps). En dehors de toute lésion viscérale, en un point où ni le squelette, ni la paroi ne paraissent en cause, une douleur localisée pourra aider à faire prendre corps l'idée de péritonite. Enfin, l'immobilité de l'organe qui paraissait en cause est un bon signe radiologique de péritonite. Les autres méthodes de laboratoire ne seront pas négligées: On fera une analyse de selles et d'urines à plusieurs reprises pour rechercher le mælena, la pyurie. Si ces recherches sont négatives on pourra, jusqu'à un certain point, écarter l'idée de lésions viscérales et se rapprocher encore de l'idée de péritonite.

b) *Quand on a l'impression qu'il s'agit d'une péritonite, il faut en rechercher la nature et penser non seulement à la péritonite tuberculeuse, mais encore à la péritonite syphilitique.* « Le temps n'est plus où Louis édictait presque comme une loi que toute péritonite chronique est tuberculeuse ». Letulle et ses élèves ont étudié la péritonite syphilitique et ont montré qu'elle était plus fréquente qu'on ne croyait, surtout dans les formes localisées. L'examen clinique, l'état humoral aideront le diagnostic. On n'a pas le droit dans tous les cas douteux de poser un diagnostic abdominal sans avoir demandé une réaction de Bordet-Was-

sermann. Si le Wassermann est négatif, les éléments suivants permettront de conclure à la nature tuberculeuse: les antécédents héréditaires, les stigmates antérieurs ou concomitants de tuberculose ganglionnaire, ostéo-articulaire, la température subfébrile, la pâleur et l'amaigrissement: l'atteinte pleurale antérieure et enfin l'échec complet d'un traitement au néosalvarsan qui dans le cas de syphilis fait cesser rapidement toute douleur et parfois fondre avec rapidité la tumeur.

Mais il faut bien savoir que cette différenciation est souvent délicate, qu'il y a des cas hybrides où les deux processus infectieux entrent en jeu, et où, suivant l'expression classique, la syphilis a été la première en date et a fait le lit de la tuberculose. De plus, la clinique seule étant impuissante à trancher un diagnostic de nature, nous reviendrons sur l'utilité des méthodes de laboratoire à cause de leur importance de premier ordre pour poser un diagnostic exact et complet.

2° *Le diagnostic différentiel* de la tumeur en elle-même se pose tout à fait différemment suivant la forme clinique et surtout suivant le siège qu'elle occupe. C'est ici que nous devons rappeler la série d'erreurs de diagnostic que ces tumeurs ont occasionné même chez des cliniciens illustres. Ces erreurs de diagnostic sont presque fatales, étant donné d'une part l'atypie de symptômes et d'autre part le rôle que jouent certains organes dans la pathologie abdomino-pelvienne. Presque fatalement une tumeur médiane de la cavité pelvienne sera rapportée chez l'adulte à l'utérus et en particulier au fibrome utérin à cause de la loi de fréquence; une tumeur pelvienne latérale sera un kyste de l'ovaire. Et surtout le type de cette sorte de spécialisation pathologique est le rôle du diagnostic appendicite dans la pathologie de la fosse iliaque droite et du flanc droit en général,

Nous n'insisterons pas davantage sur cette question du diagnostic clinique: Nous voyons par cet aperçu combien il est complexe puisqu'il s'attaque à toute la pathologie abdomino-pelvienne dans ses différents viscères à des degrés variables en tenant compte de la loi de fréquence. Nous voulons souligner cette difficulté en montrant qu'un nouvel ordre de faits vient encore la renforcer. Nous voulons parler des *pseudo-tuberculoses*. En effet, plusieurs observations nous signalent la présence de tumeurs abdominales prises pour des gâteaux de péritonite bacillaire et relevant en réalité de tout autre cause. Voici le résumé de deux de ces cas typiques:

1° Pseudo-tuberculose du grand épiploon produite par des oxyures (Schneider-Hanovre. *Journal de Chirurgie* 1931). A la laparotomie on découvre deux tumeurs dont l'une adhère à la paroi abdominale antérieure. Le diagnostic de tuberculose du péritoine avait été posé, et l'examen histologique montre la présence de pseudo-tubercules formés par des amas de cellules géantes autour d'œufs d'oxyures.

2° Les pseudo corps étrangers tuberculeux du péritoine (Pactzold. *Journal de Chirurgie* 1928). Il s'agit d'un sujet chez qui on avait fait déjà une première intervention chirurgicale. Lors d'une deuxième intervention, on trouve de petites tumeurs ressemblant à des petits gâteaux péritonéaux. Ces tumeurs s'étaient formées autour des corps étrangers laissés lors de la première intervention. L'examen histologique montre la présence de cellules géantes sans bacille de Koch.

Ces deux exemples, retrouvés dans d'autres cas, nous montrent la difficulté nouvelle créée par ces tumeurs simulant la tuberculose même à l'examen histologique. Aussi comprend-on la pauvreté de l'examen clinique et la néces-

sité d'utiliser des méthodes para-cliniques d'importance primordiale. Nous allons étudier d'abord l'examen radiologique, puis les autres méthodes de laboratoire, déjà citées en grande partie, mais que nous grouperons ici pour souligner leur valeur diagnostique.

L'examen radiologique a essentiellement en vue la localisation anatomique de la masse qui est révélée par l'examen clinique. La radioscopie doit être faite en présence du chirurgien qui complète son examen sous l'écran. Elle doit comprendre une série d'examens faits à quelques jours d'intervalle, et utilisant les diverses méthodes: Examen simple et direct; examen après ingestion de bouillie barytée, après lavement opaque; parfois même on pourra utiliser deux méthodes d'usage un peu moins courant: l'insufflation des colons et le lipiodol génital qui peut être employé même chez l'enfant quand on a une tumeur pelvienne.

Le diagnostic de siège de la tumeur est ainsi précisé, ainsi que les altérations du tube digestif, altérations motrices, temps d'arrêt en certains points, spasme ou hyperkinésie en d'autres. On pourra aussi circonscrire la tumeur avec un fil métallique malléable qui en épouse les contours; une fois procédé, surtout employé au niveau du cæcum a été indiqué par Savy qui en a fixé la technique: « Elle consiste à repérer extérieurement la tuméfaction en la circonscrivant d'un fil métallique malléable qui en épouse les contours, une fois le cæcum rempli de la bouillie opaque, si l'on constate que l'anse métallique est extérieure à l'ombre cæcale, on peut affirmer qu'il s'agit d'une appendicite chronique; si au contraire l'ombre du repère métallique se superpose à l'ombre cæcale, il peut s'agir d'une appendicite chronique, mais habituellement il s'agit d'un tuberculome cæco-appendiculaire ».

Dans l'observation de notre petite malade, l'examen ra-

dioscopique, fait dans ses diverses modalités a permis de poser le diagnostic. Il a montré que la tumeur était tout à fait indépendante du tube digestif sur lequel elle n'exerçait que des phénomènes de compression, d'ailleurs à un degré faible; que les différentes parties de l'intestin étaient absolument intactes et qu'il s'agissait, par conséquent, d'une épiploïte à forme tumorale.

Mais la radiologie peut faire un diagnostic de siège, mais non un diagnostic de nature. Pour ce dernier, nous allons rappeler *les méthodes de laboratoire* que nous avons toutes mises en œuvre et qui nous ont d'ailleurs donné des résultats négatifs. Ces méthodes concernent:

1° La recherche de la syphilis:

Réaction de Bordet-Wassermann.

Traitement d'épreuve.

2° La recherche du kyste hydatique, de l'ecchinococose péritonéale.

Réaction de Weinberg.

Recherche de l'eosinophilie sanguine.

En rassemblant toutes ces méthodes, on voit combien elles sont nombreuses et doivent être précieuses. Malgré tout, la certitude n'est souvent pas acquise et c'est à la laparotomie exploratrice, souvent révélatrice et en tout cas, jamais nuisible que le chirurgien demande le dernier mot pour poser un diagnostic certain.

TRAITEMENT

Envisager le traitement de la péritonite tuberculeuse dans ses détails, n'est point en vue ici. Les moyens thérapeutiques fort nombreux ne seront point décrits. Tout au plus donnerons-nous quelques idées générales sur cette thérapeutique qui semble avoir évolué peu à peu. En effet, au début de la connaissance de la péritonite tuberculeuse par les cliniciens, la thérapeutique chirurgicale a eu une faveur presque exclusive. N'avait-on pas découvert la tuberculose péritonéale au cours d'une laparotomie et ne l'avait-on pas guérie du même coup? A cette laparotomie s'adjoignirent rapidement des injections modificatrices d'antiseptiques liquides ou de gaz. Puis une réaction s'est faite contre ces laparotomies systématiques, réaction explicable non seulement par les échecs qu'apportèrent ces excès chirurgicaux, mais encore à cause de la connaissance plus scientifique d'un nouvel agent thérapeutique de premier ordre: Les rayons solaires naturels ou artificiels (actinothérapie). Evidemment dans ces deux phases évolutives, le thérapeute n'oubliait pas qu'il avait affaire à un tuberculeux et que le traitement général de l'infection tuberculeuse devait entrer en jeu. Actuellement, il semble que l'héliothérapie d'une part, le traitement médical d'autre part soient des éléments choisis en général pour conduire la thérapeutique de la tuberculose péritonéale; et le traitement chirurgical serait de

plus en plus réservé et employé soit comme moyen de diagnostic (laparotomie exploratrice), soit pour traiter une complication telle que l'occlusion intestinale. Ces données générales ne sont point admises par tous encore et nombreux sont les chirurgiens qui associent à l'héliothérapie générale, l'héliothérapie directe de la séreuse péritonéale, ou qui attendent le beau temps, les journées claires et ensoleillées pour laparotomiser leurs péritonéaux bacillaires. Il paraît nécessaire en réalité de sérier les cas et la formule de Témoin: « L'opération est inoffensive; pour la péritonite tuberculeuse primitive, la guérison est presque la règle, et pour une secondaire laparotomie reste un bon adjuvant de la thérapeutique médicale », ne peut être appliquée dans toutes les formes, même en distinguant les formes primitives et les formes secondaires.

Les formes tumorales, qui peuvent se classer parmi les formes primitives de la péritonite tuberculeuse, ne paraissent pas justiciables de la laparotomie systématique et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord une raison anatomique. Les formes tumorales font partie des formes fibreuses, adhésives et souvent des adhérences aux plans superficiels ne permettent pas une laparotomie assez étendue pour qu'elle ait un but thérapeutique. Au contraire, elle pourra toujours être employée comme adjuvant du diagnostic. De plus l'expérience clinique et les statistiques montrent que les résultats peuvent être satisfaisants par le simple traitement médical et l'héliothérapie générale. Pourquoi alors, exposerait-on au choc inhérent à toute intervention, à une anesthésie générale, des sujets affaiblis du fait de leur infection bacillaire? D'ailleurs si les résultats peuvent être satisfaisants, ils sont parfois décevants malgré tous les moyens employés.

Le cas clinique que nous avons présenté en est un

exemple: En dépit de plusieurs séjours dans des sanatoria, de l'actinothérapie et même de la laparotomie qui n'a pu être faite que sur une petite étendue, malgré le traitement médical mis en œuvre, notre petite malade fait une généralisation bacillaire qui se terminera rapidement par sa mort. Nous remarquerons que les observations que nous avons rassemblées de formes tumorales chez l'enfant, seraient en faveur de la laparotomie: Sur les quatre observations, il y a eu une seule mort chez une jeune fille non laparotomisée, et trois guérisons traitées par laparotomie. Evidemment, nous ne pouvons tabler sur cette statistique par trop minime; d'autre part, le cas clinique malheureux, irréductible malgré toute la thérapeutique employée, ne doit pas nous entraîner à être trop pessimiste.

Nous savons que pour traiter l'organisme humain, il ne faut pas des lois rigides et immuables, il ne faut pas être rigoristes; et peut-être pouvons-nous essayer de combiner harmonieusement les diverses thérapeutiques: le traitement héliothérapique purement médical, bien conduit et indiqué judicieusement, apaise les douleurs, relève l'état général, excite l'appétit et peut améliorer l'état local; la cure solaire prépare ainsi le terrain pour une intervention (même faite dans un but de diagnostic) toujours moins dangereuse chez un sujet en bon état. Le traitement médical général du terrain tuberculeux sera toujours ajouté et longtemps poursuivi.

En somme, nous le voyons, ces thérapeutiques, que nous ne faisons que nommer, loin de s'opposer les unes aux autres doivent s'entraider et concourir au même but. Si certaines formes paraissent plus justiciables de l'une ou de l'autre, il semble que la forme tumorale puisse bénéficier de toutes harmonieusement combinées.

RESUME D'OBSERVATIONS EMPRUNTEES
A LA THESE DE MERRY

(Thèse de Paris, 1907, n° 174)

- I. — Péritonite tuberculeuse prise pour un fibrome utérin
(Gelpke-Beobachtungen über tuberkulose peritonitis.
Traduction inédite).

Femme de 30 ans ayant les symptômes d'un fibrome
utérin. Tumeur tuberculeuse à l'intervention.

- II. — Péritonite tuberculeuse fibreuse localisée à gauche.
Intervention chirurgicale. Guérison (idem, traduction
inédite).

Jeune fille de 22 ans, sans antécédents. Amaigris-
sement. Constipation. Douleurs localisées au siège
d'une masse iliaque gauche. La laparotomie trouve
tumeur épiploïque et intestinale. Guérison.

- III. — Péritonite tuberculeuse manifestée par deux grosses
tumeurs abdominales, d'apparence utéro-annexielle.
(De Prochavnik).

Femme ayant des antécédents conjugaux (mari
mort de tuberculose pulmonaire) et ayant un passé
gynécologique chargé. Imprégnation bacillaire débute

après un curetage et une colporraphie. Tumeur droite simulant un utérus gravide au sixième mois et tumeur gauche plus petite. Laparotomie. Guérison. Mort au bout de 3 mois.

IV. — Tumeurs ayant l'apparence d'un double pyosalpinx.
A opération, péritonite tuberculeuse (idem).

Femme de 43 ans. Tuméfaction progressive de l'abdomen sans ascite. Tumeurs bilatérales para utérines prises pour les trompes infectées. Pas de signes de tuberculose pulmonaire. A la laparotomie, séreuse couverte de tubercules. Mort, 7 semaines après l'intervention.

V. — Pelvi-péritonite tuberculeuse prise pour un kyste de l'ovaire. (Kœnig).

Tumeur élastique à gauche, délimitée par les touchers rectal et vaginal, et prise pour un kyste de l'ovaire. Péritonite tuberculeuse à la laparotomie. Guérison.

VI. — Péritonite tuberculeuse avec grosse tumeur à gauche. (Lauper. Kocher. Traduction inédite).

M... 54 ans. Signes généraux de bacillose à la suite d'une fausse-couche sérieuse, et signes digestifs (vomissements, diarrhée). Augmentation progressive de volume du ventre. La laparatomie découvre une tumeur gauche, que l'examen clinique ne révélait pas à cause de l'ascite. Mort.

VII. — Tumeur péritonitique fibreuse, d'origine tuberculeuse, médiane et à droite. Autre tumeur à gauche. Guérison. (Idem, traduction inédite).

Femme de 26 ans, ayant un mari tuberculeux. Impregnation bacillaire sans troubles digestifs. Pleurésie droite et foyer pulmonaire au sommet gauche. Abdomen globuleux avec un peu d'ascite dans les flancs, et une tumeur périombilicale. Traitement médical. Guérison.

VIII. — Péritonite tuberculeuse localisée dans les deux fosses iliaques. Diagnostic: Pyosalpinx gonococcique. (Idem. Traduction inédite).

Femme de 23 ans. Début aigu puis augmentation progressive de volume du ventre. Tumeur révélée par le toucher vaginal, bilatérale, analogue à un pyosalpinx gonococcique. Intervention et contrôle histologique de la nature tuberculeuse de la tumeur après intervention. Guérison.

IX. — Péritonite tuberculeuse localisée. Guérison. (Idem. Traduction inédite).

Femme de 25 ans. Antécédents héréditaires nettement bacillaires. Episode péritonitique aigu au début de l'affection, puis les signes abdominaux deviennent torpides pendant que l'état général est atteint. A l'examen, micropolyadénopathie, sommets suspects, masse sous ombilicale médiane, douloureuse à la pression dans le cul-de-sac vaginal gauche. Traitement médical. Rétablissement progressif.

X. — Péritonite fibreuse localisée. Mort. (Idem. Traduction inédite).

Il s'agit d'un homme, sans antécédents héréditaires, qui a présenté une augmentation progressive du volume de l'abdomen avec douleurs par crises et atteinte de l'état général. On trouve dans son abdomen une

tumeur mate, résistante à gauche et en bas. Traitement par la créosote. Mort.

XI. — Péritonite tuberculeuse localisée. (Idem. Traduction inédite).

X..., 17 ans. Antécédents héréditaires tuberculeux. A eu troubles pulmonaires depuis trois ans et une pleurésie. Puis troubles digestifs et urinaires, réapparition d'un état pulmonaire plus grave, et apparition d'une grosse tumeur abdominale à prédominance gauche, palpable par le toucher vaginal. Laparotomie. Mort.

XII. — Péritonite tuberculeuse localisée. (Idem. Traduction inédite).

Antécédents tuberculeux héréditaires. Début de l'affection par des troubles digestifs et urinaires traités médicalement pendant un an. Actuellement, atteinte de l'état général, des poumons et tumeur abdominale médiane sus-symphysaire. Laparotomie. Guérison.

XIII. — Péritonite tuberculeuse localisée. (Idem. Traduction inédite).

Homme de 34 ans, pleurésie antérieure. Crises douloureuses abdominales post-prandiales, sans vomissements. Tumeur molle décelable par le toucher rectal. Laparotomie. Guérison.

XIV. — Pelvi-péritonite tuberculeuse. (In. thèse Rosal).

Antécédents: Pleurésie et hémoptisie. Douleurs et ballonnement du ventre. Tumeur douloureuse de la fosse iliaque gauche et salpingite droite.

XV. — Crises d'obstruction et tumeur intestinale ou annexielle. Laparotomie. Mort, cinq jours après l'intervention ; à l'autopsie, péritonite tuberculeuse. (De Prochavnik).

XVI. — Tumeur de la fosse iliaque droite sans ascite. Péritonite tuberculeuse.

Femme de 35 ans a passé gastrique. Tumeur douloureuse ayant débuté du côté gauche et s'étant étendue vers le côté droit. Pas d'ascite à la laparotomie, semis de granulations jaunâtres, adénopathies mésentériques, paquet adhérent de péritoine et d'intestin. Amélioration passagère, puis rechute.

XVII. — Péritonite péri-hépatique enkystée. (In thèse Deschamps).

Paquet adhérent au diaphragme, contenant le lobe gauche du foie, le sommet de la rate et des masses épiploïques caséifiées. Communication avec une pleurésie sus-jacente.

XVIII. — Péritonite tuberculeuse localisée avec symptômes urinaires. Laparotomie. Guérison. (Lauper, Kocher. Traduction inédite).

Jeune homme de 18 ans. Troubles urinaires avec amaigrissement. Sur l'abdomen, circulation collatérale, gonflement, résistance autour du rectum, mate et profonde, surtout nette après évacuation vésicale. Persistance des troubles et de la tumeur malgré le traitement médical.

XIX. — Epiploïte tuberculeuse de la fosse iliaque droite probablement d'origine traumatique. Mort.

Homme de 54 ans. Antécédents personnels: Pleurésie. Apparition d'une tumeur à la suite d'un traumatisme abdominal. Douleurs abdominales au niveau d'une masse comprise entre le foie et l'arcade crurale droite. Puis épididymite. Affaiblissement progressif et mort. Autopsie révèle origine tuberculeuse de la masse épiploïque.

CONCLUSIONS

1° Parmi les formes localisées de la péritonite tuberculeuse chronique, il existe une forme, dite tumorale, très rare surtout chez l'enfant.

2° Son diagnostic anatomo-clinique très délicat, demande pour être élucidé, la mise en œuvre d'examens cliniques approfondis et répétés, d'examens radioscopiques en série, de méthodes de laboratoire, et n'est souvent posé qu'après une laparotomie exploratrice avec contrôle histologique.

3° La thérapeutique doit combiner harmonieusement les moyens médicaux par les agents physiques et chimiques, et les moyens chirurgicaux.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. (*Revue de Chirurgie* 1920, n° 3).
- BADOUIN (Jean). — Sur une forme larvée de péritonite tuberculeuse. (*Thèse de Lyon*, 1922-1923, n° 31).
- CASTAIGNE et PAILLARD. — La péritonite tuberculeuse chronique discrète consécutive à la pleurésie sero-fibreuse. (*Journal Médical Français*, juillet 1919).
- CHEVROLLE. — Actinothérapie dans la péritonite tuberculeuse. (*Thèse de Paris* 1930).
- ETIENNE, LAPEYRIE et CADERAS. — Un cas de forme tumorale de péritonite tuberculeuse chez l'enfant. (*Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 20 mai 1932).
- FAUJAS. — Péritonites plastiques adhésives. (*Thèse de Lyon* 1919, n° 64).
- *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* (22 décembre 1907). Tuberculose hypertrophique du rectum avec sténose.
- JABOULAY. — Sur un cas de péritonite tuberculeuse enkystée. (*Journal Médical Français*, 2 avril 1910).
- MAURY. — Quelques formes cliniques de péritonite tuberculeuse chronique et leur traitement. (*Thèse de Montpellier*, 1915-1916).
- MERRY (René). — Etude clinique de quelques formes rares de péritonite tuberculeuse. (*Thèse de Paris* 1906-1907, n° 174).
- PARKERS. — Péritonite plastique tuberculeuse. Relation d'un cas inhabituel. (*Suigery Gynecology and obstetrics*, 2 août 1913).
- PAVIOT. — Les péritonites tuberculeuses plastiques. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1920).
- PRUVOST. — Récentes acquisitions d'ordre médical sur la péritonite tuberculeuse. (*Journal Médical Français*, juillet 1923).
- RHEAUME. — Péritonite tuberculeuse localisée à forme néoplasique. (*Société Médicale de Montréal*, 4 mai 1909).

SAUVÉ. — Les péritonites tuberculeuses et leur traitement. (*Journal Médical Français*, juillet 1923).

SAVY. — 1° La péritonite latente primitive simulant les affections chroniques de l'appareil digestif. (*Bulletin Médical* n° 38, 13 et 16 septembre 1922).

2° Formes viscérales de la péritonite tuberculeuse. (*Journal Médical Français*, juillet 1923).

TUFFIER. — Diagnostic des péritonites tuberculeuses localisées. (*Monde Médical*, 5 juin 1914).

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« La forme tumorale
de la tuberculose péritonéale
chez l'enfant et l'adolescent »
par Mlle ROCHE

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 18 février 1933.
Le Professeur,
ETIENNE.

Vu :

Montpellier, le 19 février 1933.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 février 1933.

Le Recteur,
TAILLIART.

